

Evaluación del proceso de cuidado nutricional en la consulta externa de dos hospitales del distrito metropolitano de Quito, Ecuador

Assessment of the nutritional care process at the outpatients clinic of two hospitals in Quito, Ecuador

Verónica Espinosa¹, Gabriela Suárez¹, William Galarza¹, and Enrique Terán^{1,2}

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, veespinosa@puce.edu.ec

² Universidad San Francisco de Quito

Recibido: 13-01-2016. Aceptado: 15-06-2016

Resumen. El trabajo del área alimentaria nutricional requiere de estrategias basadas en evidencia, por tanto la Academy of Nutrition and Dietetics desarrolló un modelo de proceso de cuidado nutricional (NCP) específico y sistemático para realizar una valoración nutricional completa emitiendo juicios críticos con diagnósticos nutricionales. El presente estudio descriptivo investigó la asistencia nutricional brindada actualmente en consulta externa de dos hospitales públicos de Quito, conformado por 190 pacientes, distribuidos en una proporción 2:1 entre Hospital A y Hospital B. Se utilizó una lista de chequeo para describir cada etapa del NCP, comparándose los dos hospitales mediante prueba de Chi cuadrado, con corrección de Fisher. Los resultados muestran que en la valoración nutricional existe variabilidad ($p < 0.001$), así el hospital A aplica en mayor proporción aspectos relacionados con la anamnesis alimentaria y valoración clínica ($p < 0.001$), mientras que el hospital B obtiene en mayor proporción datos antropométricos; el diagnóstico no muestra diferencia significativa ($p = 0.31$) el IMC se utiliza como único referente y base para el tratamiento; en la intervención, en el hospital A existe un mayor registro de objetivos nutricionales (95.2 %) en comparación del hospital B (69.8 %) ($p < 0.001$). En conclusión, existe variabilidad en el uso y aplicación de indicadores del NCP, en los hospitales estudiados.

Palabras claves. consulta externa nutricional, hospitales, proceso de cuidado nutricional.

Abstract. Working in food and nutrition area requires of evidence-based strategies, so the Academy of Nutrition and Dietetics developed a specific Nutritional Care Process (NCP) which is a systematic model that empower to professional nutritionists in order to realize a complete nutritional assessment to make judgments in proper nutritional diagnoses and to make autonomous decisions in this process. This was a descriptive research, which looked into the outpatient nutritional assistance in two public hospitals in Quito. It includes 190 patients, distributed in proportion 2:1 between Hospital A and Hospital B. A check list was used to describe each phase of the NCP. Then, the data were analyzed by chi-square test with Fisher correction. The results show that there is variability in the nutritional assessment ($p < 0.0001$), in this way, hospital A apply food anamnesis and clinical assessment in greater proportion ($p < 0.0001$), while Hospital B gets more anthropometric data; diagnoses do not have significant statistical difference ($p = 0.31$), BMI is used as the only tool and basis for treatment: in the nutritional intervention, the Hospital A has a higher record of nutritional goals (95.2 %) compared to Hospital B (69.8 %) ($p < 0.001$). In conclusion, both researched institutions have variability in the use and documentation of the NCP components.

Keywords. outpatient nutrition, hospital, nutritional care process.

Forma sugerida de citación: Verónica Espinosa, Gabriela Suárez, William Galarza, y Enrique Terán(2016), "Evaluación del proceso de cuidado nutricional en la consulta externa de dos hospitales del distrito metropolitano de Quito, Ecuador", *Revista de la Facultad de Ciencias Químicas*, N°. Ed. especial, Septiembre, pp.19-25, ISSN: 1390 - 1869.

1. Introducción

La ADA (American Dietetic Association) actualmente Academy of Nutrition and Dietetics [1], publicó en el año 2003 un proceso sistematizado de atención y cuidado nutricional, con la finalidad de lograr dos metas importantes, por una parte incrementar la demanda de los profesionales nutricionistas, y por otra, empoderarlos para una competencia exitosa en un ambiente de cambios rápidos [2]. Es así que el Proceso de Cuidado Nutricional se convirtió en un enfoque sistemático, que otorga un marco de referencia para individualizar la atención mediante las necesidades de cada paciente/cliente y la aplicación del pensamiento crítico por parte del nutricionista dietista en la utilización de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones que sean seguras y efectivas en el cuidado nutricional [2]. El proceso consta de cuatro pasos fundamentales: i. la valoración nutricional, que recolecta información acerca de la adecuación nutricional, el estado de salud (antropometría, parámetros bioquímicos) y el estado funcional; ii. el diagnóstico nutricional; iii. la intervención nutricional y iv. el monitoreo nutricional [3].

Tomando en cuenta estas consideraciones es claro que los países en vías de desarrollo aún no se han adaptado al Proceso de Cuidado Nutricional (NCP), el cual requiere una sistematización estandarizada con orden y terminología adecuada para obtener un análisis que permita no solo realizar un diagnóstico nutricional correcto y elegir la mejor intervención, sino que asegure el registro de dicha información a fin de realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la situación nutricional basada en evidencia científica [4]. Por lo tanto, se planteó la presente investigación, con el objetivo de evaluar y comparar la aplicación del proceso de cuidado nutricional que se llevó a cabo en consulta externa de dos hospitales del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito, durante el primer semestre del año 2015.

2. Materiales, fuentes y métodos

El presente constituyó un estudio de tipo descriptivo, observacional, deductivo y transversal, debido a la cantidad de pacientes que acuden a diario a la consulta externa de nutrición de cada una de las instituciones, que para esta investigación se los denominó como hospital A y B respectivamente, (50 por semana en el Hospital A y 30 por semana en el B), se realizó el cálculo de una muestra de 190 sujetos, distribuidos en una proporción 2:1 entre dos hospitales del Distrito Metropolitano de Quito, la información fue reclutada entre junio y agosto del 2015, los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, dislipidemias y diabetes. Cabe recalcar que el presente estudio se rigió bajo las normas éticas de la declaración de Helsinki 2013.

El levantamiento de datos se realizó en consulta externa de nutrición de cada uno de los hospitales estudiados a través de la observación directa, en el cuál se registró la información mediante una lista de cotejo que incluía los pasos del proceso de cuidado nutricional, a través de las variables cualitativas correspondientes a las diferentes etapas del proceso de cuidado nutricional que son: anamnesis alimentaria; valoración antropométrica, bioquímica y clínica; diagnóstico nutricional; e intervención nutricional. Los datos obtenidos fueron ingresados en una base electrónica en MS Excel.

2.1 Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo, las variables cualitativas descritas anteriormente, se expresaron en frecuencias y porcentajes, a partir de los cuales se realizaron las comparaciones entre las unidades de observaciones, completándose el análisis estadístico mediante pruebas inferenciales tales como la prueba de Chi cuadrado, corrección de

Fisher aplicadas a cada variable. Un valor de “p” igual o menor a 0.05 fue considerado como significativo.

3. Resultados

La investigación se realizó en dos hospitales del Distrito Metropolitano de Quito, en 190 pacientes que acudieron por primera vez a consulta externa nutricional, 80 % del sexo femenino y el 20 % masculino; la edad promedio fue de 52.5 años para hombres y 51.5 para mujeres; los diagnósticos médicos más prevalentes fueron la obesidad y sobrepeso con 31 %, seguido de diabetes con 16.8 %, e hipertensión arterial con 15.8 %.

Los datos analizados de la etapa de valoración nutricional muestran que en el registro de preferencias, aversiones, alergias e intolerancias y la aplicación de algún método de recolección de la ingesta alimentaria durante la consulta fueron reportados en mayor proporción (76.7 %) en el hospital A frente al hospital B (12.8 %), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$); mientras que en el registro de hábitos alimentarios la proporción fue similar entre los hospitales A (52.9 %) y B (44.2 %).

El registro de datos antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal, fue cumplido en su totalidad (100 %) en los dos hospitales. Sin embargo, en el registro de historia de cambios de peso, medición de masas corporales y circunferencias/perímetros, existe una diferencia significativa ($p < 0,001$) pero con un comportamiento diferente, así, cambios de peso y medición de masas corporales se registra en mayor porcentaje en el hospital B (97.1 %); mientras que las circunferencias y perímetros se registra en mayor proporción en el hospital A (63.5 %).

En la valoración bioquímica, se observó un registro similar de datos en los dos hospitales A (66.3 %) y B (68.3 %) $p < 0.89$; mientras tanto en el componente de valoración clínica el estudio señala que hubo diferencia significativa ($p < 0.001$) en el registro de los siguientes aspectos: antecedentes patológicos familiares, actividad física, problemas gastrointestinales, apetito y consumo de medicamentos con un mayor registro en el hospital A (56.7 %) frente al hospital B (23.9 %), por otra parte no se encontró diferencia significativa ($p = 0.79$) en antecedentes patológicos personales, historia social del paciente, ni en hallazgos físicos enfocados en la nutrición entre los hospitales estudiados A (66.0 %), y B (65.9 %).

El estudio demuestra que el índice de Masa Corporal es utilizado como diagnóstico nutricional en las dos instituciones en forma similar sin diferencia significativa ($p = 0.06$) hospital A (94.2 %), hospital B (100 %); a diferencia de la utilización de los diagnósticos nutricionales basados en la estructura (PES) que no fueron un insumo utilizado por los profesionales en las dos instituciones $p = 0.31$.

Los porcentajes de utilización de las acciones de la etapa de intervención nutricional, como la prescripción del plan dietoterapéutico y el agendamiento de una nueva cita nutricional que fueron utilizados en el hospital A y en el hospital B son similares sin diferencias significativas $p = 0.31$, $p = 0.92$ respectivamente; mientras que el planteamiento de objetivos tuvo una diferencia significativa ($p < 0.001$), observándose un 95.2 % en el hospital A y un 69.8 % en el hospital B; por último, la educación y consejería nutricional son utilizadas en el 100 % de los registros en las dos instituciones.

4. Discusión

El principal hallazgo de la investigación señala, que en las dos instituciones investigadas el profesional nutricionista ejecuta los componentes de la etapa de valoración nutricional y desarrollan las acciones de la etapa de intervención nutricional con sus correspondientes elementos, y estos criterios en comparación con el proceso de cuidado nutricional propuesto por la Academy of Nutrition and Dietetics no son

Tabla 1. Distribución porcentual de la aplicación del proceso de cuidado nutricional en dos hospitales de la ciudad de Quito.

	%	
	Hospitales “A”	“B”
VALORACIÓN NUTRICIONAL	Anamnesis alimentaria	
	<i>Preferencias y aversiones*</i>	75.0 3.5
	<i>Uso de suplementos nutricionales*</i>	55.8 4.7
	<i>Alergias o intolerancias alimentarias*</i>	77.9 1.2
	<i>Hábitos alimentarios</i>	52.9 44.2
	<i>Método de recolección de ingesta</i>	98.1 41.9
	Antropometría	
	<i>Peso, Talla, IMC</i>	100.0 100.0
	<i>Historia de cambios de peso*</i>	15.4 97.7
	<i>Medición de masas corporales*</i>	3.8 96.5
	<i>Circunferencias/perímetros*</i>	63.5 2.3
	Bioquímica	
	<i>Datos de Laboratorio</i>	68.3 66.3
	Clínica	
	<i>Historia clínica nutricional</i>	60.2 39.7
DIAGNÓSTICOS NUTRICIONA- LES	Según Estructura PES	2.9 0.0
	Según índice de Masa Corporal	94.2 100.0
INTERVENCIÓN NUTRICIONAL	Prescripción del plan dietético	95.2 98.8
	Metas y objetivos nutricionales*	95.2 69.8
	Educación y consejería nutricional	100.0 100.0
	Asignación de cita para evaluación /monitoreo	100.0 98.8

* $p < 0.0001$

congruentes en su totalidad, puesto que uno de los componentes transversales según el NCP es la etapa de priorización y especificación del uso de la terminología para la construcción de los diagnósticos nutricionales basados en la estructura PES, y tales diagnósticos no son utilizados en las instituciones estudiadas.

La realidad del presente estudio no es diferente a la de otros, pues lo encontrado se compara con investigaciones realizadas en Europa [5] y Brasil [6], acerca de las prácticas relacionadas al cuidado nutricional del paciente, mismos que demues-

tran que las actividades propias del nutricionista clínico, tales como la valoración, intervención y monitoreo continuo, no son las más propicias, debido a varias dificultades, como la sobrecarga de trabajo, la falta de responsabilidades definidas, la poca capacitación, insuficiente cooperación interdisciplinaria, la falta de interés de las autoridades hospitalarias en el tema, entre otras, lo cual ha llevado a que los nutricionistas estén menos disponibles y capacitados para la atención nutricional de alta calidad.

De acuerdo a lo establecido por la Academy of Nutrition and Dietetics, los datos mínimos para valorar al paciente incluyen los evaluados en estudio [7]. Sin embargo, en el caso de la anamnesis alimentaria, la valoración irregular de estos parámetros en las dos instancias hospitalarias, puede ser atribuible a: sobrecarga de pacientes, el tiempo asignado a la atención, el limitado número de profesionales en esta área, entre otros. En el caso de la valoración antropométrica, si bien los dos hospitales dan cumplimiento al levantamiento de esta información, el Hospital B, dispone de recursos tecnológicos que permiten optimizar la recolección de datos en un menor tiempo y lograr que la consulta se desarrolle en un promedio de veinte minutos.

Por otra parte, el hecho de que en un tercio de la población evaluada no se registró ni se utilizó datos de la valoración bioquímica, puede deberse a la falta de comunicación interdisciplinaria o a la falta de incorporación de indicadores bioquímicos propios de la nutrición en el pedido médico. Existió variabilidad en el registro de datos clínicos, tanto en la recolección como en el registro de datos, se observó que hubo información previamente cargada en el sistema; mientras que otros indicadores como hallazgos físicos enfocados en la nutrición tuvieron una limitada utilización, asociando este factor al desconocimiento y la praxis dentro de la formación, así como a la actualización de conocimientos de los profesionales de la nutrición.

En cuanto a la etapa diagnóstica nutricional, esta permite adoptar o definir la intervención alimentaria nutricional idónea según las características del paciente, además contribuye a identificar un problema nutricional específico en el cual el profesional es responsable de su desarrollo y pensamiento crítico y autónomo [8, 9]. Sin embargo, este hecho no se cumple en las dos instituciones estudiadas ya que el índice de masa corporal se ha convertido en la base para interpretar una condición nutricional y por ende el principal criterio para la posterior intervención nutricional. Es así que la falta de uso de terminología en diagnósticos nutricionales específicos, demuestra el poco conocimiento y capacitación sobre el tema por parte de los profesionales y sobre las nuevas tendencias de formación en herramientas nutricionales que deben ser implementadas en la práctica profesional.

De acuerdo a la Academy of Nutrition and Dietetics los elementos que componen la intervención (prescripción, objetivos y metas para el cuidado) deben estar estrechamente relacionados entre sí, sin embargo, la ruta que permite el cumplimiento de los mismos es la priorización de los diagnósticos nutricionales encontrados [8], [10] y es importante mencionar que en este estudio se consideró como prioridad a los objetivos y metas, siendo estos los elementos conductores de esta etapa, aunque existe variabilidad de su uso en cada institución. Cabe recalcar que actualmente las actividades que están siendo desarrolladas durante la intervención se lleva a cabo en su totalidad, y regularmente responden a la interpretación previa de su estado nutricional, como ejemplo se menciona el IMC como base del tratamiento.

Finalmente, hay que mencionar que el país cuenta con un mínimo de estudios, relacionados al tema, específicamente uno de ellos define la atención nutricional intrahospitalaria y concluye que en nuestra sociedad el profesional nutricionista no ha logrado obtener aún la importancia necesaria para canalizar las acciones terapéuticas que requiere el paciente [11]. Con todo esto, es claro que, al menos en el Distrito Metropolitano de Quito, los cuidados nutricionales no toman la relevancia que merecen por falta de empoderamiento de tipo profesional y de un sistema estandarizado que garantice la efectividad de las funciones que desarrolla el Nutricionista ; por lo que queda claro que en pro de mejorar la atención nutricional y lograr altos niveles de calidad, es necesario considerar procesos establecidos y sistematizados como el propuesto por la ADA, que es un ente altamente confiable y calificado en las ciencias de la Alimentación y Nutrición a nivel mundial.

5. Conclusiones

En las instituciones estudiadas el proceso de cuidado nutricional se cumple bajo los parámetros establecidos por cada casa de salud, mientras que el comparativo con el proceso propuesto por la Academy of Nutrition and Dietetics se cumple parcialmente, puesto que una de las etapas, específicamente el planteamiento de diagnósticos nutricionales bajo la estructura PES aún no es desarrollada.

Agradecimientos

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por el apoyo financiero; al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y al Hospital Carlos Andrade Marín, por las facilidades brindadas para la ejecución del mismo.

Referencias

- [1] S. A. Escott-Stump, "New name, same commitment to nutritional health," *J Am Diet Assoc*, vol. 111, p. 1801, 2011.
- [2] K. Lacey and E. Pritchett, "Nutrition care process and model: Ada adopts road map to quality care and outcomes management," *J Am Diet Assoc*, vol. 103, pp. 1061–1072, 2003.
- [3] A. Skipper, "Nutrition care process and model part i: the 2008 update," *J Am Diet Assoc*, vol. 108, pp. 1113–1117, 2008.
- [4] M. Herrera, "Guía de la asociación americana de dietética para el cuidado y manejo nutricional en países en transición nutricional," *An Venez Nutr*, vol. 23, pp. 108–120, 2010.
- [5] P. Llopis-Salvia, P. Luna-Calatayud, J. A. Avellana-Zaragoza, and R. Bou-Monterde, "Organización y funcionamiento de la atención nutricional hospitalaria; el modelo implantado en el Hospital Universitario de La Ribera," *Nutr Hosp*, vol. 27, pp. 529–536, 2012.
- [6] R. W. Diez-Garcia, C. C. Japur, and M. A. T. Medeiros, "Food and nutritional care quality indicators in hospital," *J Hosp Adm*, vol. 2, pp. 132–141, 2013.
- [7] P. Charney and S. J. Peterson, "Practice paper of the academy of nutrition and dietetics abstract: Critical thinking skills in nutrition assessment and diagnosis," *J Acad Nutr Diet*, vol. 113, p. 1545, 2013.
- [8] A. D. Association, *Nutrition Diagnosis and Intervention: Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Chicago: 1st ed., ADA, 2007.
- [9] M. Canicoba, G. A. de Baptista, and G. Visconti, *Funciones y competencias del nutricionista clínico*. Brasil: Documento de consenso de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición clínica y Metabolismo, FELANPE, 2012.
- [10] M. Atkins, C. Basualdo-Hammond, and B. Hotson, "Canadian perspectives on the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology," *Can J Diet Pract Res*, vol. 71, pp. 18–20, 2010.

- [11] S. Gallegos-Espinosa, M. Nicolalde-Cifuentes, and S. Santana-Porbén, “Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador,” *Nutr Hosp*, vol. 31, pp. 443–448, 2015.